

**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TEMA:**

**Prevalencia de Cáncer Colorrectal en Pacientes Atendidos  
en la Consulta Externa en un Hospital General de la Ciudad de  
Guayaquil.**

**AUTORES:**

**Alcívar Chávez Jairo Bienvenido  
Vélez León Ana Rosario**

**Trabajo de Titulación previo a la obtención del Título de  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**TUTORA:**

**Lic. Calderón Molina Rosa Elizabeth Mgs.**

**Guayaquil, Ecuador**

**30 abril 2021**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**CERTIFICACIÓN**

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Vélez León Ana Rosario, Alcívar Chávez Jairo Bienvenido**, como requerimiento para la obtención del título de **LICENCIADOS EN ENFERMERÍA**.

**TUTORA**

f.

\_\_\_\_\_  
**LCDA. ROSA ELIZABETH CALDERÓN MOLINA Mgs.**

**DIRECTORA DE LA CARRERA**

f.

\_\_\_\_\_  
**LCDA. ANGELA OVILDA MENDOZA VINCES Msc.**

**Guayaquil, a los 30 del mes de abril del año 2021**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, Vélez León Ana Rosario

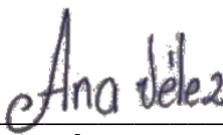
**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de cáncer colorrectal en pacientes atendidos en la consulta externa en un hospital general de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 30 del mes de abril del año 2021**

**AUTORA**

f.   
**Vélez León Ana Rosario**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Yo, **Alcívar Chávez Jairo Bienvenido**

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de cáncer colorrectal en pacientes atendidos en la consulta externa en un hospital general de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **LICENCIADO EN ENFERMERÍA**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 30 del mes de abril del año 2021**

**AUTOR**

f. \_\_\_\_\_

**Alcívar Chávez Jairo Bienvenido**





UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**CARRERA DE ENFERMERIA**

## **AUTORIZACIÓN**

Yo, **Alcívar Chávez Jairo Bienvenido**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de cáncer colorrectal en pacientes atendidos en la consulta externa en un hospital general de la ciudad de Guayaquil**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, a los 30 del mes de abril del año 2021**

**AUTOR:**

f. \_\_\_\_\_

**Alcívar Chávez Jairo Bienvenido**

# REPORTE DE URKUND



## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** URKUND - Tesis de Enfermeria Cancer Colorrectal en un Hospital de Guayaquil.docx (D105811870)  
**Submitted:** 5/21/2021 4:34:00 AM  
**Submitted By:** anitavelez14@gmail.com  
**Significance:** 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

KRISTY  
GLENDA  
FRANCO  
POVEDA

Firmado digitalmente por KRISTY GLENDA FRANCO POVEDA  
Fecha: 2021.05.21 10:51:25 -05'00'

## **AGRADECIMIENTO**

Al culminar mi trabajo investigativo dedico mi profundo esfuerzo realizado como prueba de gratitud primeramente a Dios por brindarme salud y sus bendiciones para alcanzar mis anhelados objetivos con amor y bondad.

A mis amados Padres, hermano, hija y esposo, quienes nunca se dieron por vencidos, por los buenos valores que me han inculcado, por su cariño y satisfacción desinteresada supieron guiarme y apoyarme por el camino del estudio a pesar de los diversos conflictos que pese para poder culminar mi trabajo de tesis.

A mi hija Khloe le dedico con amor y todo mi esfuerzo, porque es uno de los seres que más amo, porque siempre ha estado junto a mi apoyándome para llegar con éxito al final de este trabajo.

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, a Dios, por bendecirnos y permitirnos el don de la vida y la fortaleza, por ser tan bondadoso y llenarnos de sabiduría a lo largo de esta etapa, que ha habido momentos llenos de lágrimas y al mismo tiempo felicidad.

A mi madre y familia quienes siempre han estado allí para ayudarme y apoyarme a lo largo de mi vida y sin duda alguna dándome amor y fortaleza en circunstancias difíciles para poder salir adelante con mi meta propuesta.

A mi tutora Lic. Calderón Molida Rosa Elizabeth Mgs. por ser la guía en este estudio, quien me ha llenado de su enriquecido conocimiento y a los demás profesionales que con su dedicación y enseñanza hacen posible mi formación profesional.

## DEDICATORIA

Agradezco a Dios por darme la fuerza y fe para creer en lo que parecía imposible culminar.

A mis padres, por haberme inculcado la mejor educación y lecciones de vida, por hacerme saber que con esfuerzo, trabajo y conciencia todo se consigue, por su sacrificio y esfuerzo por darme una carrera para mi futuro y creer en mis capacidades, brindándome su cariño y comprensión en todo momento.

A mi esposo y mi hija Khloe quienes estuvieron siempre junto a mí, dándome fuerzas y esperanzas, por ser parte de mi carrera profesional, por brindarme su cariño y respeto.

A mi tutora de tesis y mis docentes gracias por sus enseñanzas y valores que día a día me impartieron lo cual me permitió convertirme en una profesional de enfermería carrera por la cual me apasiona, gracias por ser parte de este proceso integral de formación.

Simplemente gracias a todos.

## **DEDICATORIA**

Dedicado en primer lugar a Dios, por brindarme vida y salud para lograr cumplir esta meta, a mi gran madre Elvia Chávez Mendieta. Tu bendición a diario a lo largo de mi vida me protege y me lleva por el camino del bien, quien siempre me ha brindado su confianza y apoyo incondicional, así como también sus consejos y fuerza cuando más lo he necesitado, quien ha sido un pilar fundamental en mi vida y es mi motivo para seguir adelante. Gracias por tu paciencia y amor madre mía.

Jairo Alcívar Chávez



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

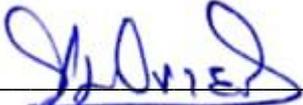
**LCDA. ANGELA OVILDA MENDOZA VINCES Msc.**  
DIRECTORA DE CARRERA

f. \_\_\_\_\_

**LCDA. MARTHA LORENA HOLGUIN JIMENEZ Msc.**  
COORDINADORA DEL AREA UNIDAD DE TITULACIÓN

f. 

**LCDA. ROSA ELIZABETH CALDERÓN MOLINA Mgs.**  
TUTORA



**DR. LUIS OVIEDO**  
OPONENTE

# ÍNDICE

<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS .....</b>	<b>XV</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>XVI</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>XVII</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>2</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>3</b>
1.1. <b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>	<b>3</b>
1.2. <b>PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>5</b>
1.3. <b>JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>6</b>
1.4. <b>OBJETIVOS .....</b>	<b>8</b>
1.4.1. <b>Objetivo general .....</b>	<b>8</b>
1.4.2. <b>Objetivos específicos .....</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>9</b>
2.1. <b>FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL .....</b>	<b>9</b>
2.1.1. <b>ANTECEDENTES .....</b>	<b>9</b>
2.1.2. <b>MARCO CONCEPTUAL.....</b>	<b>15</b>
Cáncer colorrectal .....	15
Epidemiología.....	16
Factores de riesgo .....	17
Etapas del cáncer.....	18
2.1.3. <b>MARCO LEGAL.....</b>	<b>20</b>
Constitución del Ecuador.....	20
Ley Orgánica de la Salud.....	20
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>21</b>
3.1. <b>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>21</b>
3.1.1. <b>Tipo de estudio.....</b>	<b>21</b>
Población:.....	21
Criterios de inclusión:.....	21
Criterios de exclusión:.....	21
Procedimiento para la recolección de datos:.....	21
3.1.2. <b>Variables general y Operacionalización .....</b>	<b>22</b>
3.1.3. <b>PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS .....</b>	<b>22</b>

<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>34</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>36</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>37</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>38</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>41</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> .....	23
<b>Gráfico 2</b> .....	24
<b>Gráfico 3</b> .....	25
<b>Gráfico 4</b> .....	26
<b>Gráfico 5</b> .....	27
<b>Gráfico 6</b> .....	28
<b>Gráfico 7</b> .....	29
<b>Gráfico 8</b> .....	30
<b>Gráfico 10</b> .....	31
<b>Gráfico 11</b> .....	32
<b>Gráfico 12</b> .....	33

## RESUMEN

El cáncer colorrectal es el que se origina en el colon o recto, a menudo se agrupan porque tienen características comunes, es uno de los más comunes en el Ecuador, ubicado en el cuarto lugar para la mujer y el quinto para el hombre. Estudio sobre prevalencia de cáncer colorrectal. **Objetivo:** determinar la prevalencia de cáncer colorrectal. **Diseño:** enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, transversal, retrospectivo. **Técnica:** Observación indirecta. **Resultados:** **Población:** 366 pacientes diagnosticados con cáncer colorrectal del 2017-2019. Características: Edad: 64-74 años, 26%; 53-63 años, 23%; 75-85 años, 15%; 42-52 años, 14%; 31-41 años, 10%; 20-30 años, 6%; 85 años y más, 6%. Lugar de nacimiento: 78% región costa; 19% región sierra; 3% región amazónica y 0% región insular. Etnia: 81%, mestizos; 13%, negros; 6% blancos. Factores de riesgo: si, 66%; no, 34%. Antecedentes familiares: 34% si y 66% no. Manifestaciones 57% náuseas, 35% dolor pélvico y 7% dolor abdominal. Etapas: II, 61%; 28%, III; I-6%; IV-5% y 0, 0%. Complicaciones: perforación intestinal, 54%; obstrucción intestinal, 26% y hemorragia, 20%.

**Palabras Clave:** Prevalencia-cáncer - colorrectal

## **ABSTRACT**

Colorectal cancer is the one that originates in the colon or rectum, they are often grouped together because they have common characteristics, it is one of the most common in Ecuador, located in fourth place for women and fifth for men. Study on the prevalence of colorectal cancer. Objective: to determine the prevalence of colorectal cancer. Design: quantitative approach, descriptive, transversal, retrospective type. Technique: Indirect observation. Results: Population: 366 patients diagnosed with colorectal cancer from 2017-2019. Characteristics: Age: 64-74 years, 26%; 53-63 years, 23%; 75-85 years, 15%; 42-52 years, 14%; 31-41 years, 10%; 20-30 years, 6%; 85 years and over, 6%. Place of birth: 78% coastal region; 19% sierra region; 3% Amazon region and 0% insular region. Ethnicity: 81%, mestizos; 13% black; 6% white. Risk factors: yes, 66%; no, 34%. Family history: 34% yes and 66% no. Manifestations 57% nausea, 35% pelvic pain and 7% abdominal pain. Stages: II, 61%; 28%, III; I-6%; IV-5% and 0.0%. Complications: intestinal perforation, 54%; intestinal obstruction, 26% and hemorrhage, 20%.

**Key Words: Prevalence-cancer - colorectal**

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera el cáncer como un problema de salud pública, el mismo que incrementa mayoritariamente en los países en desarrollo. Se estima que su impacto en la población para el año 2025 ascienda al 80% de los 20 millones de los nuevos casos. (1)

El cáncer de colon es uno de los tipos más comunes en Ecuador, se encuentra en el octavo lugar para mujeres y en el quinto lugar para hombres. De acuerdo con el informe de la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC), en Ecuador la incidencia de cáncer es de 157,2 casos por 100.000 habitantes, presentando una incidencia en el 2018 de 2025 casos (7.2%). El informe reveló el aumento de los casos de cáncer a nivel mundial en el año 2018. (2)

El cáncer de colon o cáncer colorrectal (CCR) se define como el anormal crecimiento de las células del colon y/o del recto. Existen tres capas en donde se generan los tumores malignos colorrectales estos son: muscular, serosa y mucosa. En las glándulas puede desarrollarse adenocarcinoma, este se caracteriza por ser el más habitual: según cifras de la OMS más del 90% de los casos registrados con cáncer colorrectal se detectan como adenocarcinoma. Esta es la razón principal por la que la investigación se centrará en el análisis del adenocarcinoma, ya que los melanomas, linfomas y sarcomas no son tan frecuentes. (3)

El estudio realizado, se denomina prevalencia de cáncer colorrectal, tiene un enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, retrospectivo. Para la recolección de datos se aplicó la observación indirecta para la revisión de la base de datos proporcionada por la institución objeto de estudio, los resultados obtenidos reflejaron que el problema aún presenta un gran porcentaje de afección en la población adulta.

# CAPÍTULO I

## 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El cáncer colorrectal (CCR) es la neoplasia de mayor frecuencia en vías digestivas, constituyendo del 9 al 10% de todos los cánceres en el mundo. Se considera que es multicausal, pues abarca factores intrínsecos del huésped como mutaciones genéticas, hormonales y condiciones inmunológicas; además de factores externos como dietas poco saludables, consumo de alcohol, obesidad, sedentarismo, tabaquismo y la exposición ambiental a carcinógenos. (4) Esta neoplasia afecta tanto a hombres como a mujeres. Se presenta con mayor frecuencia en adultos entre 65-75 años, pero aumenta drásticamente con la edad.

La incidencia y mortalidad es mayor en la población de afrocolombianos, seguidos de la población amerindia, y las más bajas se encuentran entre la población blanca, hispana, y asiática. (4) El cáncer de colon y recto ocupan lugares importantes en la incidencia en Guayaquil; la mortalidad no ha sido la excepción, ya que en la misma se ha observado un aumento de forma sostenida, siendo en el año 2009 la tasa de Mortalidad por 100.000 habitantes de 2,8, observando un significativo aumento en el año 2018 de 3,9; donde mayormente fueran afectadas las mujeres. Si este tipo de cáncer se detecta precozmente hay un alto porcentaje de posibilidades para curarse. (5)

Triviño (2016) en un estudio realizado de 109 pacientes que presentaron cáncer colorrectal incluidos 41 nuevos casos del Hospital Guayaquil desde 1997 al 2014, identificó que la mayor incidencia de casos de cáncer colorrectal se diagnosticó por encima de los 56 años. Se determinó que entre 109 pacientes que fueron tratados en el Hospital Abel Gilbert Pontón en el 2016, 51 fueron diagnosticados durante este mismo año correspondiendo al 37,6% de la muestra. El tipo de tumor más frecuente fue el Adenocarcinoma Colorrectal, en paciente masculinos con el 76,1%. (6)

El Hospital Abel Gilbert Pontón ubicado en el suburbio de la ciudad de Guayaquil, forma parte de la Red Nacional de Servicios de Salud regida por el Ministerio de Salud Pública, atiende una gran cobertura de pacientes en la consulta externa, uniéndose a la campaña de lucha contra el cáncer atiende a pacientes con diferentes tumores malignos, uno de ellos el cáncer colorrectal. En el 2016 el cáncer de colon y recto (CCR) fue el más frecuente, y su mayor incidencia es en varones. El 90% de los casos CCR se diagnosticaron por encima de los 50 años. Los principales factores de riesgo son los antecedentes familiares (CCR familiar, síndrome de Lynch o poliposis adenomatosa familiar (PAF) y personales de CCR, los adenomas colónicos y la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) colónica.

En la actualidad, se sitúa como el cáncer más frecuente en el global de la población, siendo el tercer tipo de cáncer más frecuente en varones, tras del pulmón y próstata, y el segundo en mujeres tras el de mama en cuanto a la distribución entre sexos, existe una mayor incidencia en varones que en mujeres. (7) Por el incremento de las tasas de morbilidad en relación a la patología, es importante conocer como se ha seguido presentando la problemática en la población que se ha encontrado con mayor vulnerabilidad. Los datos actualizados han permitido determinar algunos aspectos que a pesar del avance la ciencia y tecnología no han causado el efecto esperado.

## 1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuál es la prevalencia del cáncer colorrectal en pacientes atendidos en la consulta externa en un hospital general en la ciudad de Guayaquil?
- ¿Qué características presentan los pacientes con cáncer colorrectal atendidos en la consulta externa en un hospital general en la ciudad de Guayaquil?
- ¿Cuáles son los factores de riesgo que presentaron los pacientes con cáncer colorrectal que son atendidos en la consulta externa en el Hospital General?
- ¿Cuáles son las manifestaciones del cáncer colorrectal que se presentaron en pacientes atendidos en la consulta externa en un hospital general en la ciudad de Guayaquil?
- ¿Cuáles son las etapas del cáncer colorrectal que se presentaron en pacientes atendidos en la consulta externa en un hospital general en la ciudad de Guayaquil?
- ¿Cuáles son las complicaciones del cáncer colorrectal que se presentaron en pacientes atendidos en la consulta externa en un hospital general en la ciudad de Guayaquil?

### 1.3. JUSTIFICACIÓN

La razón principal para el desarrollo del presente trabajo de investigación, se debe a los altos porcentajes y al número de pacientes que se acercan al hospital, lo cual se enfocó en el hospital de Guayaquil en el período 2009-2018, la mortalidad del cáncer de colon y recto, que es una enfermedad que se manifiesta en tumor en alguna parte del intestino grueso o la región del recto y los síntomas dependen de la enfermedad, inicial o avanzado. Según la Organización Panamericana de la salud (OPS), cada año se producen 240000 casos nuevos, de los cuales unos 96000 pacientes fallecen. En la región de las Américas ocupa el cuarto lugar entre las causas de muerte por tumores.

Según los registros de Tumores de SOLCA y Globocan, en Ecuador la incidencia de este tipo de cáncer es de 157.2 casos por cada 100000 habitantes, presentando una incidencia en el 2018 de 2025 casos (7,2%), siendo superado por el cáncer gástrico, pulmonar y prostático. En el período 2009-2018 la mortalidad de cáncer de colon y recto en Guayaquil ha tendido un aumento de forma sostenida. En el 2009 la tasa de mortalidad por 100000 habitantes fue de 2,8; en 2012 fue 4; en 2015 de 4,3 y en 2018 de 3,9; donde mayormente fueron afectadas las mujeres, señala el Registro de tumores de SOLCA. (8)

Por otro lado, la elevada incidencia y mortalidad del CCR, hacen que esta enfermedad sea una entidad muy adecuada para programas de cribado y seguimiento, ya que el tratamiento de la misma, en etapas iniciales es curativo casi en el 100% de los casos. La que su detección en fase asintomática o cribado puede efectuarse aplicando diversos métodos, los cuales se clasifican en no invasivos e invasivos. El primer grupo tiene como objetivo detectar un marcador que se asocia con la enfermedad, mientras que el segundo pretende la visualización directa de la lesión neoplásica. (9)

El comportamiento de la enfermedad ha permitido actualizar datos relevantes que representan el verdadero problema de salud pública que se sigue enfrentando, por lo tanto, el problema es relevante y de gran importancia. Como futuros profesionales de la salud los resultados han permitido conocer el impacto

social, económico, personal, familiar y económico de la población afectada, considerando que la enfermedad debería tratarse en el primer nivel de atención, sin embargo, a pesar de la atención que se ha brindado, los resultados no han sido positivos, continuamos enfrentando una problemática que compete a todos los profesionales que se encuentran en todos los niveles de atención.

Observar constantemente el comportamiento de la enfermedad, permite tener mayor información y poder intervenir oportunamente. Los principales beneficiarios del estudio son los pacientes y la población vulnerable, en razón de implementar algunas acciones para la prevención de la enfermedad. La institución objeto de estudio porque los resultados obtenidos han actualizado los datos que constantemente deben ser monitorizados.

## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1. Objetivo general**

Determinar la prevalencia del cáncer colorrectal en pacientes adultos atendidos en la consulta externa en un Hospital General de la ciudad de Guayaquil.

### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Caracterizar a los pacientes que presentaron cáncer colorrectal atendidos en la consulta externa en un Hospital General en la ciudad de Guayaquil
- Describir los factores de riesgo que presentan los pacientes con cáncer colorrectal que son atendidos en la consulta externa en el Hospital General.
- Detallar las manifestaciones que presentan los pacientes con cáncer colorrectal que son atendidos en la consulta externa en un Hospital General en la ciudad de Guayaquil.
- Identificar las etapas del cáncer colorrectal en pacientes atendidos en la consulta externa en un Hospital General en la ciudad de Guayaquil.
- Mencionar las complicaciones que presentaron los pacientes con cáncer colorrectal atendidos en la consulta externa en un Hospital General en la ciudad de Guayaquil

## CAPÍTULO II

### 2.1. FUNDAMENTACIÓN CONCEPTUAL

#### 2.1.1. ANTECEDENTES

##### ***Prevalencia de detección de cáncer de cuello uterino y colorrectal antes y después de la expansión de Medicaid Ley de Asistencia Asequible.***

Centros de salud comunitarios (CHC), que sirven socioeconómicamente desfavorecidos pacientes, experimentaron un aumento en las visitas aseguradas después de las opciones de cobertura de 2014 Ley de Asistencia Asequible (ACA) se inició. Sin embargo, poco se sabe acerca de cómo las tasas de detección del cáncer cambiaron después de la ACA. Por lo tanto, este estudio evaluó los cambios en la prevalencia de la detección del cáncer de cuello uterino y colorrectal de pre y post-ACA en expansión y no expansión estados entre los pacientes vistos en CHC. (10)

Datos de registro electrónico de salud de 624,601 pacientes no embarazadas de edades 21-64 elegible para la detección del cáncer cervical o colorrectal entre el 1/1/2012 y el 31/12/2015 se analizaron 203 de CHC. Se evaluaron los cambios en la prevalencia y cribado de probabilidad entre los pacientes, según el tipo de seguro y la raza / origen étnico y los estados de expansión de Medicaid en comparación y no de expansión utilizando la metodología de diferencia-indiferencia. (10)

##### ***Tendencia de la prevalencia del cáncer colorrectal resecable.***

Objetivo. Determinar la tendencia de prevalencia del cáncer colorrectal (CCR) resecable en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis Pinillos Ganoza"- IREN Norte, durante el periodo 2008 - 2012.

Material y métodos. Población universal: 335 pacientes con diagnóstico clínico y anatomopatológico de adenocarcinoma de colon y recto que acudieron al Servicio de Cirugía Abdominal. Población de estudio: 99 pacientes que cumplieron criterios de inclusión y exclusión. Diseño: de medidas seriadas en el tiempo, de tendencias y longitudinal. Se calcularon función de tendencia, prevalencias anuales, tasas bruta y específica (por cada 1000) de dichas prevalencias.

Resultados. 30 pacientes con cáncer de recto resecable y 69 con cáncer de colon resecable. Prevalencias anuales fueron 10, 14, 26, 23 y 26 casos, respectivamente. Tasas brutas de prevalencia por cada 1000: 65, 100, 135, 193 y 111, respectivamente. Usando regresión lineal, la fórmula de la función de tendencia de prevalencia fue  $y = - 9,225 + 0,005 t$ , con R cuadrado de 0,78 y  $p < 0,05$ . Prevalencia específica en varones fue 287, y en mujeres, 301. Prevalencia específica en el grupo etario de mayor o igual a 50 años fue 299, y en el grupo de menor de 50 años, 275. El 86,87% de los pacientes no refirieron antecedentes familiares de CCR.

Conclusión. Hay una tendencia de prevalencia incrementada del CCR resecable en el Servicio de Cirugía Abdominal del IREN Norte. (11)

### ***Cáncer colorrectal en adultos jóvenes: características clínico epidemiológicas en la población peruana.***

El cáncer colorrectal (CCR) ocupa el primer lugar en morbilidad por cáncer a nivel mundial, con un estimado de un millón de casos nuevos y medio millón de muertes anualmente <sup>(1-4)</sup>. Ocupa el tercer y segundo lugar en cáncer más común en varones y mujeres, respectivamente. Se asume que el CCR es una enfermedad del adulto mayor, con un 85-90% de casos diagnosticados después de los 55 años; no obstante, puede afectar a toda la población. En países desarrollados se ha evidenciado una disminución de su incidencia en las últimas

décadas; sin embargo, últimamente la prevalencia en adolescentes y adultos jóvenes ha ido en aumento.

Múltiples reportes indican un aumento de la incidencia de CCR en adultos jóvenes a nivel. En Estados Unidos, la incidencia de CCR entre adultos jóvenes durante 1992 a 2005, aumentó en 1,5% y 1,6% para varones y mujeres, respectivamente. Asimismo, el diagnóstico en adultos jóvenes es más frecuente en países en vías de desarrollo, en los cuales esta problemática no ha sido estudiada. (12)

### ***Factores de riesgo para el cáncer colorrectal***

El cáncer colorrectal (CCR) es una de las neoplasias más frecuentes en nuestro medio, en los últimos años hemos asistido a un avance muy significativo en el conocimiento de los mecanismos que participan en su desarrollo y progresión. Ese avance abarca desde la identificación de diversos factores genéticos o moleculares implicados en la fisiopatología de esta neoplasia, hasta la caracterización de múltiples aspectos epidemiológicos involucrados en su génesis. Se realizó un estudio de casos y controles sobre factores de riesgo del CCR, en pacientes adultos (92 casos y 184 controles), diagnosticados en el Instituto de Gastroenterología.

Se aplicó una encuesta para recoger estos posibles factores y determinar su relación con el CCR. El análisis de estos resultados demostró que los factores de riesgo de más sólida causalidad son: hábito de fumar, índice cintura-cadera, consumo de vegetales, inactividad física y antecedentes patológicos personales de pólipos y de otros tumores malignos. Predominó la localización hacia colon izquierdo (descendente, sigmoide y recto) en ambos sexos. Se observó predominio del tipo ulcerado, en ambos sexos y el tipo histológico más frecuente fue el adenocarcinoma. (13)

## ***Relación entre la dieta vegetariana y el cáncer colorrectal en Lima, Perú***

El cáncer colorrectal (CCR) es una de las neoplasias más frecuentes en los países occidentales; tiene una incidencia anual de 30 a 50 casos por 100 mil habitantes y representa la segunda causa de cáncer tanto en varones como en mujeres, después del cáncer de pulmón y mama respectivamente.<sup>1,2</sup> La incidencia de CCR a nivel mundial es aproximadamente 9,7% y representa la quinta causa de muerte por cáncer.

En el Perú el CCR es el cuarto cáncer más frecuente, y la incidencia en el 2012 fue 7.1 habitantes y su mortalidad 6,9% habitantes y se relaciona principalmente con los factores medioambientales y dietéticos; dicho cáncer presenta mayor riesgo en los países socioeconómicamente más avanzados como los de Norteamérica y de Europa occidental; sin embargo, se está incrementando también en los países en vías de desarrollo. Algunos estudios refieren que el CCR dependería de factores genéticos y medioambientales en la patogenia del cáncer colorrectal. (14)

### ***Predictores clínicos de estadificación en cáncer colorrectal***

Debido a la insidiosa presentación del cáncer colorrectal atribuida a problemas banales, lo cual se traduce en meses de tratamiento para aliviar síntomas por hemorroides, amebiasis o trastornos funcionales digestivos, ocasiona el diagnóstico en etapas avanzadas, con enfermedad metastásica en 27 y 15 % en series quirúrgicas del Instituto Nacional de Nutrición y del Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS, respectivamente.<sup>3, 6</sup>

La única manera de identificar el cáncer colorrectal en etapas tempranas es mediante escrutinio temprano en población sana que cuente con factores de riesgo tales como edad mayor de 50 años, antecedente familiar de cáncer

colorrectal, predisposición genética para cáncer colorrectal, sexo masculino asociado a tabaquismo o consumo de alcohol.<sup>7-10</sup> El presente trabajo tiene como objetivo conocer la relación entre los síntomas clínicos como predictores de la estadificación de cáncer colorrectal. (15)

### ***Cáncer colorrectal en el adulto joven, una entidad diferente.***

El cáncer colorrectal de inicio precoz (EOCRC) supone alrededor del 10% del total de los casos de cáncer colorrectal diagnosticados y, la incidencia ha aumentado considerablemente en los últimos años. Según las tendencias actuales, en 2030 la tasa de incidencia de EOCRC aumentará en un 90%. En la actualidad, el EOCRC representa una enfermedad muy heterogénea en la que el componente hereditario puede estar presente, aunque la mayoría de los casos son esporádicos.

Diferentes alteraciones moleculares contribuyen a la "heterogeneidad" del EOCRC y existen pruebas que sugieren que, en comparación con el cáncer colorrectal en el adulto anciano (LOCRC), el CCR de inicio temprano puede tener un perfil molecular diferente. Existen diferencias entre el EOCRC y el LOCRC. Estas diferencias son tanto clínicas como moleculares. Por ejemplo, se observa que en el EOCRC predominan los tumores con estabilidad de microsatélite y bajo fenotipo metilador mientras que en los ancianos predominan los tumores con inestabilidad de microsatélite y alto fenotipo metilador debido a la metilación de la región promotora del gen MLH1 y, este grupo también presenta alto grado de inestabilidad cromosómica. (16)

### ***Un acercamiento al cáncer colorrectal***

La incidencia de cáncer colorrectal ha ido en aumento, principalmente en los adultos jóvenes. Esto puede ser debido al estilo de vida actual, a la dieta occidental, o al aumento en la detección, por el uso frecuente de colonoscopías

en pacientes adultos jóvenes sintomáticos o la implementación de las nuevas técnicas patológicas y de imágenes<sup>10</sup>. La incidencia absoluta de cáncer colorrectal en adultos jóvenes (edad 20- 34 años) es el 1% del total de cáncer colorrectal, similar al grupo de 35 a 49 años (6,8%) <sup>10</sup>.

Estos tumores son diferentes en la expresión genética, de microsatélites, genes BRAF, KRAS, y son frecuentemente de tipo mucinosos y más agresivos. Ensayos randomizados y estudios epidemiológicos han demostrado que con el uso de la colonoscopia existe una disminución significativa tanto en la incidencia como en la mortalidad del cáncer colorrectal<sup>10</sup> y a pesar de la recomendación de realizar la colonoscopia como screening para la detección temprana, 1 de cada 6 pacientes es diagnosticado con cáncer incidentalmente. (17)

### ***Cáncer colorrectal: una mirada clínica, genética y molecular***

El cáncer Colorrectal ocupa la cuarta causa de muerte por cáncer en Estados Unidos de América y la quinta causa de muerte por cáncer en Colombia y de esta forma se convierte en un problema de salud pública. El 98 % de los cánceres Colorrectales son adenocarcinomas y el otro 2% corresponden a linfomas, carcinoides y tumores estromales gastrointestinales. Las manifestaciones clínicas se relacionan con el tamaño y la localización de la lesión, el 80% de los casos reportados de CCR no presentan un componente hereditario convirtiéndolos en CCR esporádicos.

El CCR está asociado con la acumulación de mutaciones en genes supresores de tumores (p53, APC, SMAD, SCC, NM23), oncogenes (MYC y RAS) y genes reparadores del ADN (MSH1, MSH6 y MLH2) estas alteraciones genéticas hacen de este tipo de cáncer un desorden poligenético, convirtiéndolo en un modelo clásico para estudiar las bases genéticas del cáncer. (18)

## **Factores asociados a cáncer colorrectal**

El cáncer colorrectal (CCR) es la neoplasia de mayor frecuencia en vías digestivas, constituyendo del 9 al 10% de todos los cánceres en el mundo. Se considera que es multicausal, pues abarca factores intrínsecos del huésped como mutaciones genéticas, hormonales y condiciones inmunológicas; además de factores externos como dietas poco saludables, consumo de alcohol, obesidad, sedentarismo, tabaquismo y la exposición ambiental a carcinógenos. Las manifestaciones clínicas son poco específicas, razón por la cual el diagnóstico está enfocado en grupos de riesgo relacionados con la edad e historia familiar demostrada. La multicausalidad del CCR está centrada en factores tanto internos como externos siendo de relevancia el seguimiento para personas genéticamente predispuestas y la implementación de estilos de vida saludables que reduzcan la mortalidad por esta causa. (19)

### **2.1.2. MARCO CONCEPTUAL**

#### **Cáncer colorrectal**

Es una de las neoplasias malignas más comunes del tracto gastrointestinal. Si bien existe una variedad de estirpes histopatológicas (linfoma, carcinoide, neoplasias secundarias), más del 95% corresponde a adenocarcinoma. En cuanto a la ubicación, predomina el adenocarcinoma de colon derecho sobre el izquierdo. Es actualmente un importante problema de salud pública en los países desarrollados. Es el cuarto cáncer más frecuente en el mundo. Aproximadamente el 80 % de los casos son esporádicos, pero el 20 % tiene una influencia genética, con mayor riesgo familiar, por lo que es necesario un mayor seguimiento control. (20)

Son lesiones del colon que representan diferentes etapas de progresión hacia la enfermedad maligna. Ciertas alteraciones genéticas suelen encontrarse en adenomas en etapas tempranas, mientras que otras tienden a presentarse con mayor frecuencia sólo después de la aparición del carcinoma invasor. Estos cambios concuerdan con el concepto de que es necesario que ocurran cambios

fenotípicos seriados en una célula para que muestren propiedades malignas completas (invasora y metafásica). Dos líneas principales de evidencia apoyan el modelo de las alteraciones genéticas por pasos en el cáncer de colon. (20)

Los tumores del colon y el recto son relativamente frecuentes, ya que es la parte final del tubo digestivo. La mayoría de los casos del cáncer de colon comienza como un conjunto de células pequeño y no canceroso (benigno) denominado pólipo adenomatoso. Con el tiempo, algunos de estos pólipos pueden convertirse en cáncer de colon. Los pólipos pueden ser pequeños y causar pocos síntomas o no causarlos. (20)

## **Epidemiología**

El cáncer colorrectal es el tercer cáncer que se diagnostica con más frecuencia tanto en los hombres como en las mujeres en los Estados Unidos. Para el año 2016, los cálculos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para este cáncer en los Estados Unidos son: 95,270 casos nuevos de cáncer de colon y 39,220 casos nuevos de cáncer de recto. (4)

En general, el riesgo de padecer cáncer colorrectal en el transcurso de la vida es de aproximadamente 1 en 21 (4.7%) para los hombres y de 1 en 23 (4.4%) para las mujeres. El riesgo es ligeramente menor en las mujeres que en los hombres. El cáncer colorrectal es la tercera causa principal de fallecimientos asociados con el cáncer en los Estados Unidos cuando se consideran a los hombres y a las mujeres por separado, y la segunda causa principal cuando se combinan ambos sexos. Se estima que causará alrededor de 49,190 muertes durante 2016. Estudios recientes han demostrado que en los Estados Unidos y países de la Unión Europea las tasas de mortalidad han disminuido un 14% y un 5% las tasas de incidencia debido al uso de Técnicas para el Diagnóstico temprano como el Test de Sangre Oculta en Heces. (4)

Existen varios factores que incrementan o disminuyen el riesgo de cáncer de colon y recto; algunos de estos factores de riesgo incluyen antecedentes familiares con esta patología o con alguna enfermedad inflamatoria crónica de colon. The American Cancer Society, The New England Journal of English y otras organizaciones recomiendan que toda persona que presente un alto índice de factor de riesgo para padecer a futuro cáncer colorrectal, debe de realizarse pruebas de screening a temprana edad y mejorar su estilo de vida. (4)

Un estudio de la Sociedad Americana de Cáncer indica que el Cáncer de colon se encuentra en tercer lugar a nivel de América, siendo la incidencia mayor para el cáncer de colón que de recto, a diferencia de los países Orientales, los cuales tienen en mayor incidencia y prevalencia a el cáncer de recto que de colon. La tasa de mortalidad ha disminuido consecutivamente desde el 2010, un aproximado de 100.000 pacientes por año, podemos connotar que existe esta disminución debido a las nuevas técnicas de detección precoz, a través de la endoscopía baja, pudiendo evaluar macroscópicamente y microscópicamente los pólipos colorrectales que son un factor de riesgo importante para la predilección de esta enfermedad. (4)

Pacientes que tengan un antecedente familiar de cáncer de colon o recto, tienen 2:3 veces mayor riesgo de padecer esta enfermedad a diferencia de aquellos que no presenten una historia familiar, por lo cual es muy importante al momento de realizar la historia clínica, preguntar los antecedentes patológicos familiares. Se conoce que un 5% de pacientes con cáncer colorrectal tienen un Síndrome de origen genético, el más común es el Síndrome de Lynch (también conocido como cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis). (4)

## **Factores de riesgo**

- Hábitos tabáquicos
- Antecedentes familiares de cáncer de colon o pólipos
- Consumo elevado de alcohol
- Dieta rica en grasas, con alto contenido de proteínas y bajas en fibras.
- Antecedentes de cáncer genital o cáncer de mama.

- Antecedentes de diabetes mellitus tipo 2
- Envejecimiento
- Sexo masculino
- Sobrepeso u obesidad
- Cáncer de colon o pólipos adenomatosos previos.
- Antecedentes étnicos: afroamericano o judío asquenazi. (21)

## **Etapas del cáncer**

Después del diagnóstico de cáncer colorrectal, los médicos tratarán de averiguar si el cáncer se ha propagado. Este proceso se llama estadificación (o determinación de la etapa). La etapa (estadio) de un cáncer describe cuánto cáncer hay en el cuerpo, y ayuda a saber qué tan grave es el cáncer, así como la mejor manera de tratarlo. Los médicos también usan la etapa del cáncer cuando hablan sobre estadísticas de supervivencia. (22)

Los cánceres colorrectales en etapas más tempranas se identifican como etapa 0 (un cáncer muy precoz), y luego van desde etapas I (1) a IV (4). Por regla general, mientras más bajo sea el número, menos se ha propagado el cáncer. Un número más alto, como la etapa IV, significa una mayor propagación del cáncer. Además, dentro de una etapa, una letra menor significa una etapa menos avanzada. Si bien la experiencia del cáncer de cada persona es única, los cánceres con etapas similares suelen tener un pronóstico similar, y a menudo son tratados de manera muy similar. (22)

## **Manifestaciones**

En la manifestación de este tipo de lesiones el sangrado y los cuadros de estreñimiento. El cambio en el hábito intestinal y las características de las deposiciones dado por la representación de heces acintadas, con moco y/o con

sangre, deposiciones líquidas frecuentes o por el contrario deposiciones muy espaciadas pueden ser la manifestación dominantes; estas características clínicas se dan debido a que los tumores en el lado izquierdo del colon, generan obstrucción al ser masas, sangrado, ya que se ulceran y la presencia de deposiciones líquidas frecuentes ocurren pues la materia fecal proximal al tumor se va diluyendo y sale a través de este por rebosamiento. La manifestación de nauseas, dolor abdominal y de dolor pélvico son frecuentes en los pacientes con cáncer colorrectal a este nivel ya que la presencia de una obstrucción parcial de la luz del colon genera lucha de las asas intestinales por poder generar la fuerza de la materia fecal. (23)

## **Complicaciones**

El dolor abdominal puede ocurrir con tumores que surgen en cualquier sitio, ya que puede ser causada por una obstrucción parcial, diseminación peritoneal o perforación intestinal que conduce a peritonitis generalizada; las complicaciones son habituales en los pacientes de cáncer. Las complicaciones son problemas médicos que se presentan durante una enfermedad o luego de un procedimiento o tratamiento, dentro de las complicaciones pueden incluir: obstrucción intestinal, reaparición del cáncer en el colon, diseminación del cáncer a otros tejidos y órganos (metástasis), desarrollo de un segundo cáncer colorrectal primario.

El cáncer de colon crece o se disemina de 4 maneras: 1. Crecimiento local: La extensión local del tumor se produce, principalmente, porque crece en profundidad invadiendo todas las capas que forman la pared del tubo digestivo, es decir, crece desde la mucosa hasta la serosa pasando por la capas submucosa y muscular. Una vez que el tumor traspasa toda la pared del intestino puede invadir cualquier órgano contenido en el abdomen. 2. Diseminación ganglionar: La propagación linfática es la más frecuente y tiene relación con la profundidad del tumor en la pared. (24)

### **2.1.3. MARCO LEGAL**

#### **Constitución del Ecuador.**

Según la Constitución de la República del Ecuador en el 2015 por medio de la asamblea constituyente en el artículo 32 indica que la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al cumplimiento de los derechos al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir; también garantizará los derechos mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; mediante el acceso, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. (26)

#### **Ley Orgánica de la Salud.**

A través del artículo 1 manifestado por la Ley Orgánica del año 2006, se rige por los principios fundamentales de la equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, así mismo como, a calidad, pluralidad y eficiencia con un enfoque intercultural generalizado. En el artículo 7 indica que ninguna persona debe ser discriminada a su derecho a la salud, por lo tanto, debe tener acceso permanente a los servicios de salud, con calidad y calidez, de manera universal y equitativa a la atención de salud gratuita en los servicios de salud públicos. (27)

## CAPÍTULO III

### 3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1.1. Tipo de estudio

**Nivel:** Descriptivo.

**Métodos:** Cuantitativo. Según el tiempo, retrospectivo.

**Diseño:** De acuerdo con la naturaleza de los datos es transversal.

**Población:** Conformada por los 366 pacientes diagnosticados con cáncer colorrectal durante los años 2017 al 2019 en el Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”.

#### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes adultos jóvenes, adultos maduros y adultos mayores diagnosticados con cáncer colorrectal.
- Pacientes adultos y adultos mayores ambulatorios

#### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes de 18 a 20 años
- Pacientes hospitalizados
- Pacientes en las unidades de cuidados críticos

#### **Procedimiento para la recolección de datos:**

- **Técnica:** Observación indirecta.
- **Instrumento:** Matriz de observación indirecta

**Técnicas de procesamiento y análisis de datos:** Para el procesamiento de datos, se utilizó el programa Excel para la consolidación, tabulación, procesamiento y análisis de los datos para lograr una correcta organización. En cuanto a los resultados la elaboración de gráficos.

### 3.1.2. Variables general y Operacionalización

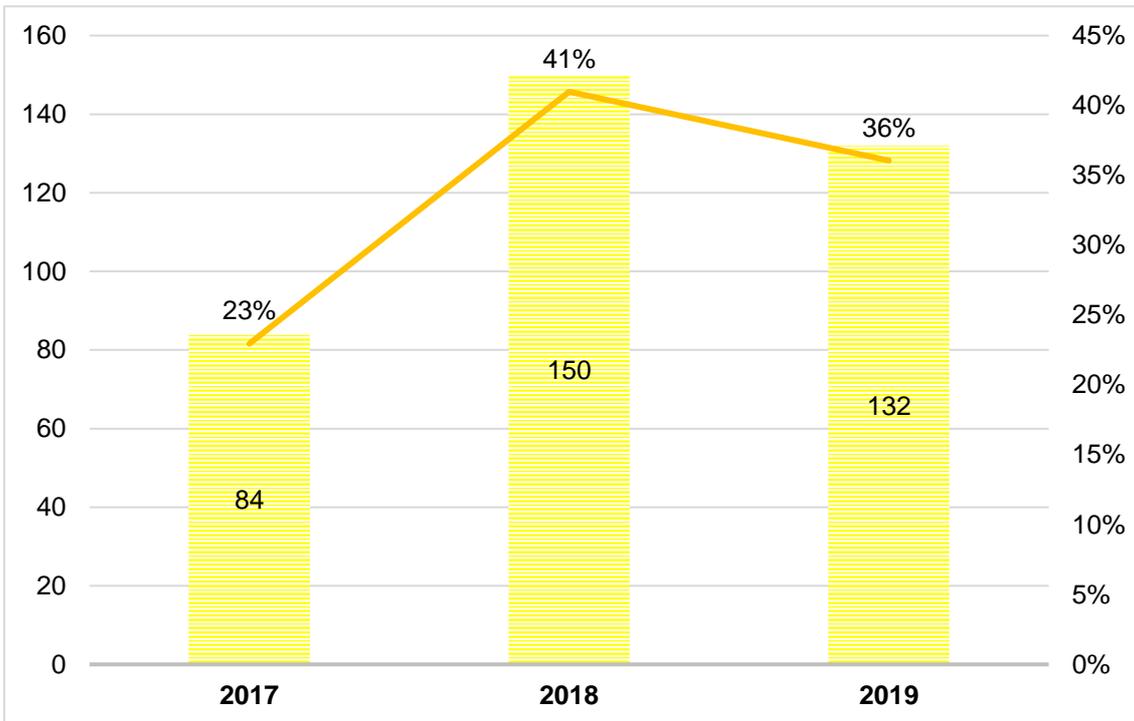
Variable general: prevalencia de cáncer colorrectal

DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	TÉCNICA
Características	Edad	20-30 31-41 42-52 53-63 64-74 75-85 85 años y más	Observación indirecta.
	Lugar de nacimiento	Costa Sierra Oriente Región insular	
	Etnia	Blanco Negro Mestizo	
Factores de riesgo	Sexo	Hombre Mujer	Observación indirecta
	Hábitos tabáquicos	Si No	
	Antecedentes familiares	Si No	
Manifestaciones	Nauseas	Si No	Observación indirecta
	Dolor pélvico	Si No	
	Dolor abdominal	Si No	
Etapas	I II III IV	No. de casos	Observación indirecta
Complicaciones	Obstrucción	Si No	Observación indirecta
	Perforación intestinal	Si No	
	Hemorragia	Si No	

### 3.1.3. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

**Gráfico 1**

**Pacientes diagnosticados con cáncer colorrectal 2017 - 2019.**



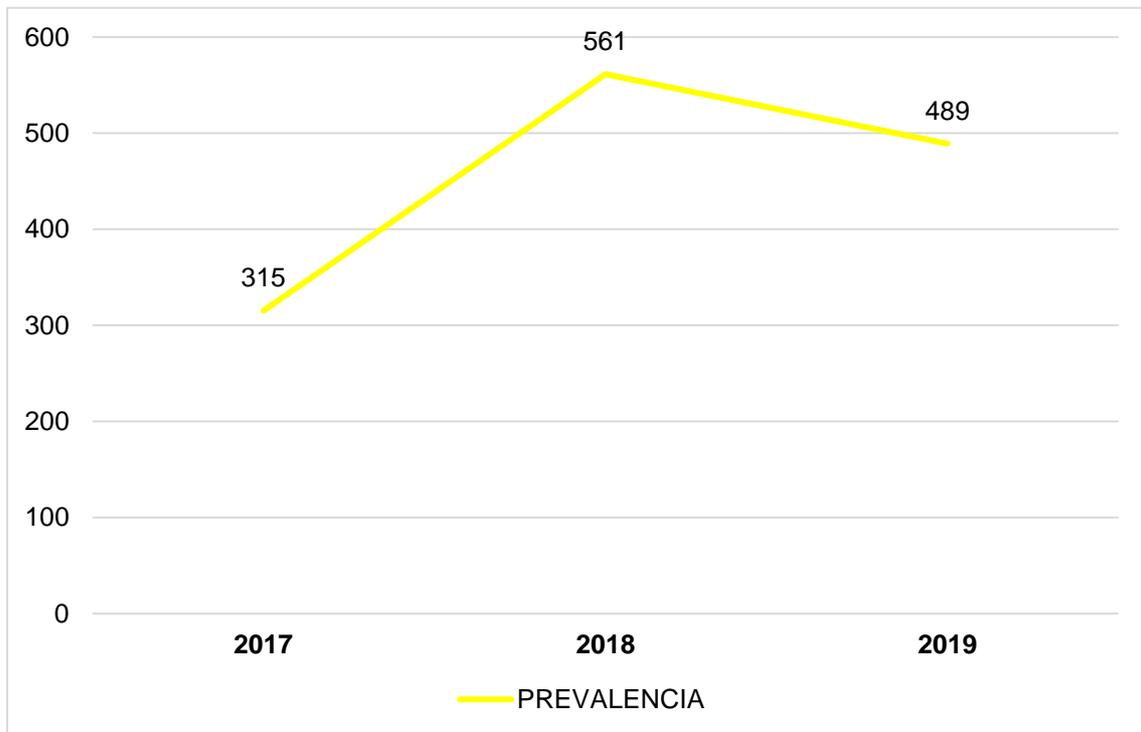
**Fuente:** Historias clínicas y base de datos de pacientes con cáncer de colon del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”.  
Elaborado por Jairo Alcívar Chávez y Ana Rosario Vélez

Análisis:

Los datos revelan que durante el periodo considerado 2017-2019, pudo identificarse que específicamente en el año 2017 se registraron 84 casos lo que corresponde al 23%, en el año 2018 se presentaron 150 casos que corresponden al 41%; mientras que, en el año 2019 hubo 132 casos de cáncer colorrectal correspondiendo al 36% como se muestra en el gráfico, con base en ello, es posible determinar que existió un incremento en cantidad de casos en el año 2018 y luego una ligera disminución de pacientes con cáncer colorrectal en el año 2019.

## Gráfico 2

### Prevalencia del cáncer colorrectal 2017 – 2019.



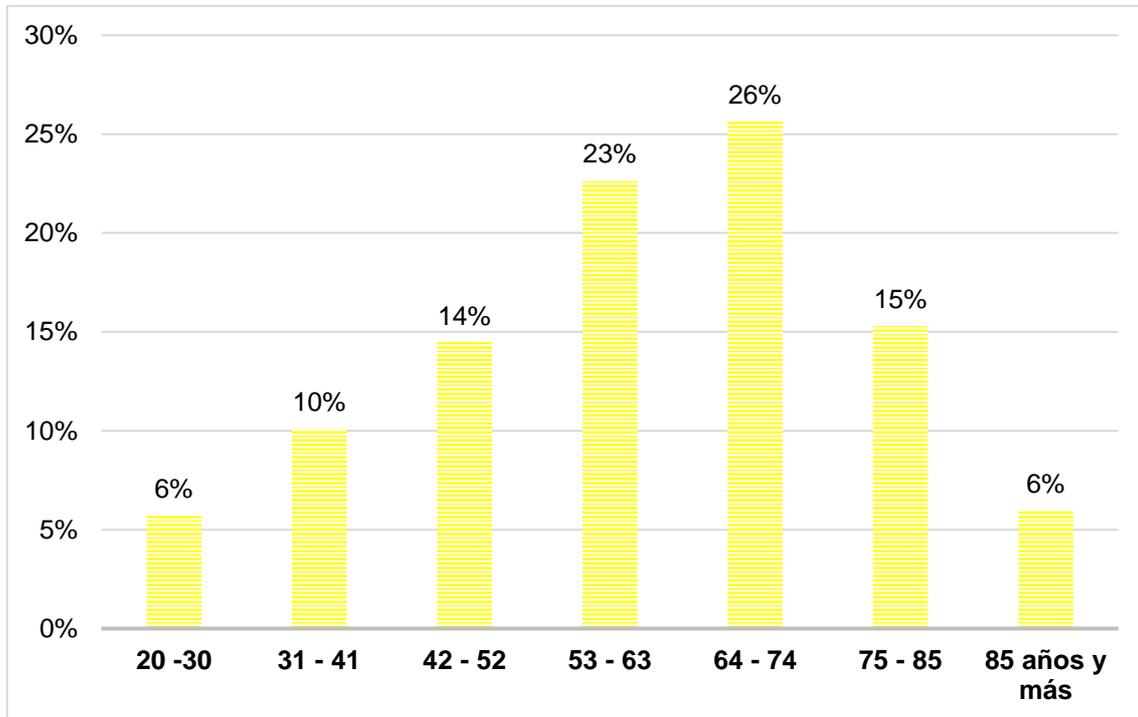
**Fuente:** Historias clínicas y base de datos de pacientes con cáncer de colon del Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”.  
Elaborado por Jairo Alcívar Chávez y Ana Rosario Vélez

#### Análisis:

La prevalencia del cáncer colorrectal incrementó en el año 2018 a 561 casos cada mil habitantes, en contraste con los 315 casos cada mil habitantes en el año 2017 y los 489 casos por cada mil habitantes en el año 2019, a partir de estos datos puede mencionarse que la prevalencia determinada en los casos analizados en el Hospital de Especialidades Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón” es superior en relación a la tasa de prevalencia de 205,05 casos cada mil habitantes de la ciudad de Guayaquil para el año 2019 según la Sociedad de Lucha contra el Cáncer del Ecuador. (28)

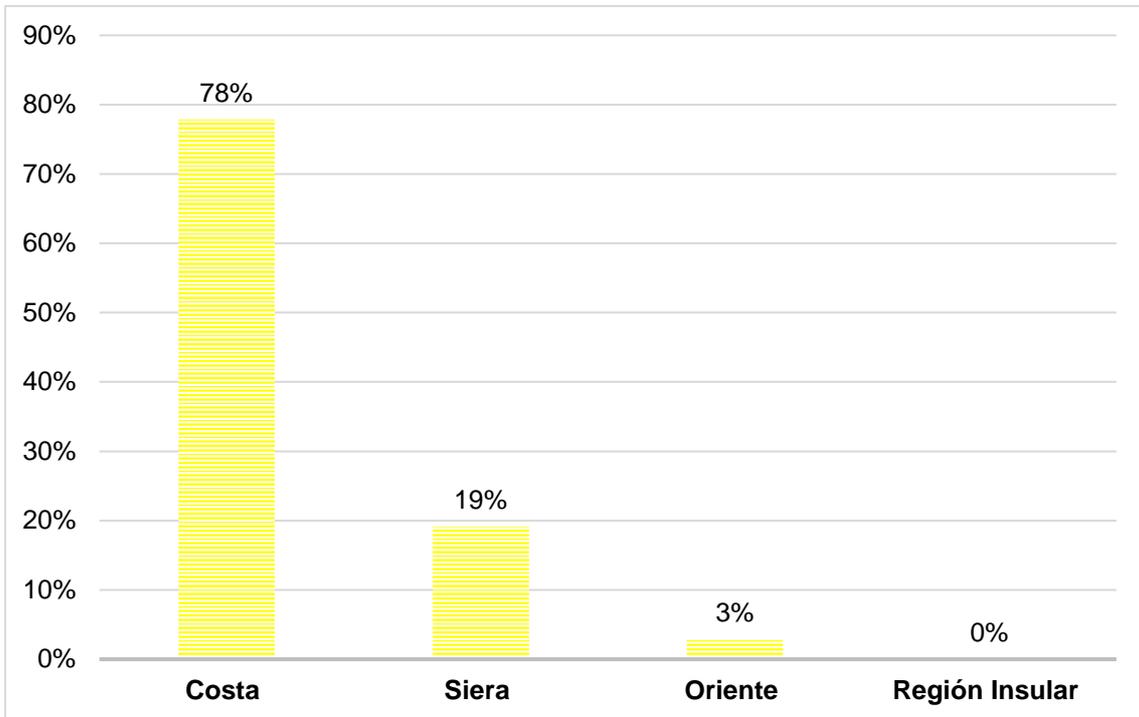
**Gráfico 3**

**Edad.**



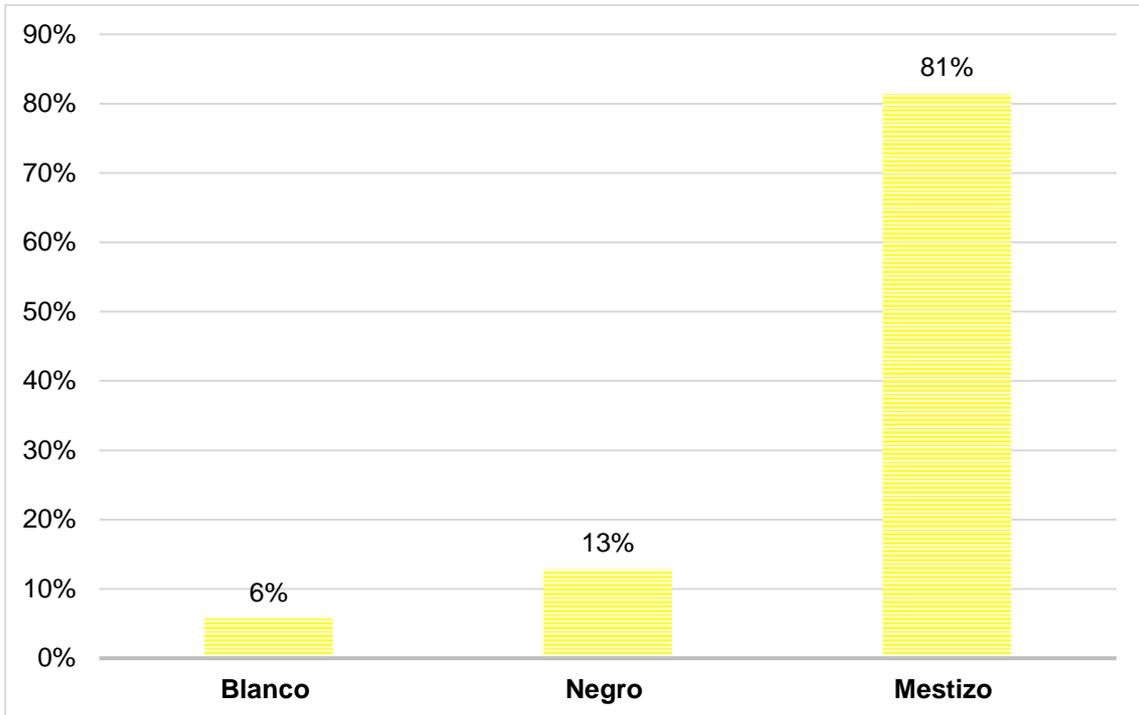
El cáncer colorrectal se presenta en la población con edades desde 53 años hasta 74 años. Edades en las cuales los sujetos de observación se encuentran en una vida laboral activa y posiblemente los horarios como el tipo de trabajo sean un factor para que no puedan alimentarse adecuadamente así mismo estar sometidos mucho estrés, lo que conlleva a la presencia de alteraciones benignas como los pólipos y terminan en cáncer colorrectal por no haber sido diagnosticadas a tiempo o si fueron diagnosticadas no se cumplió el tratamiento y los cambios de estilos de vida.

**Gráfico 4**  
**Lugar de nacimiento.**



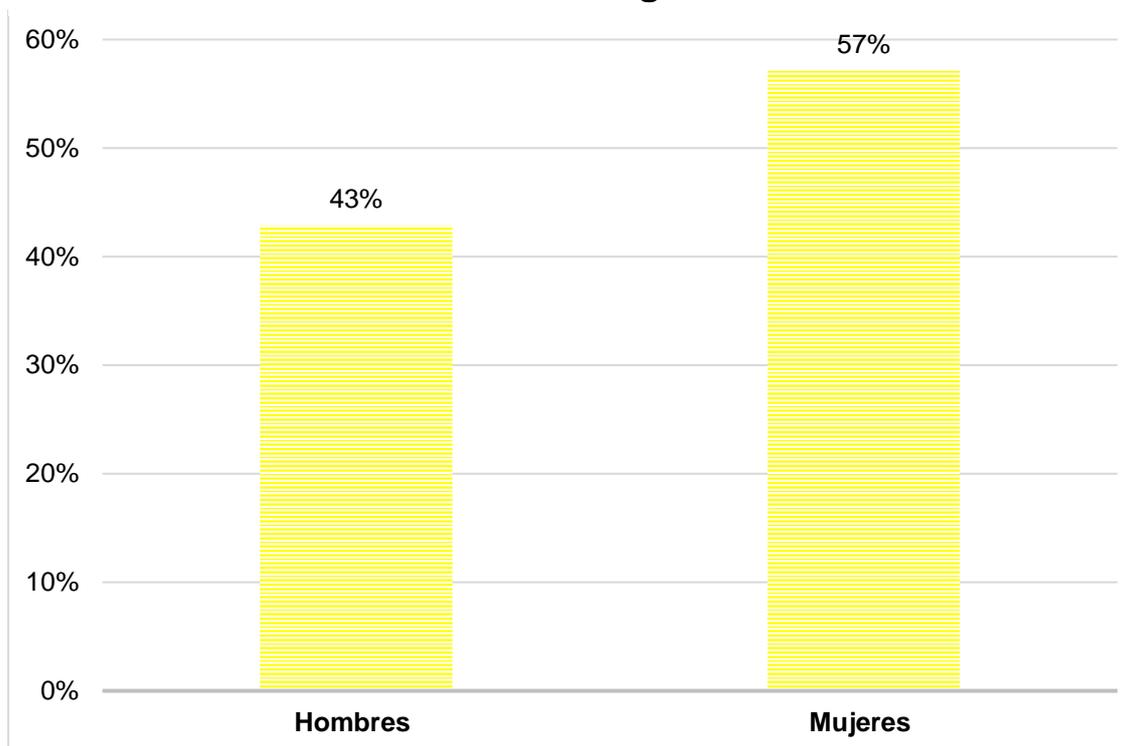
ubica en la región costa (78%), considerando que por costumbre la alimentación contiene altos niveles de grasa y azúcar, esto se asocia a la población de adultos jóvenes y maduros ya que, por diferentes situaciones, sobre todo laborales, consumen alimentación en diferentes lugares y a horarios no adecuados. La región sierra con un 19% determina que de alguna forma son pacientes transferidos al hospital Abel Gilbert o quizá fueron cambiados de zona por el trabajo que desempeñan. El oriente y la región insular por consiguientes, puede tratarse de la misma situación anteriormente mencionada, la misma que no era objeto de estudio.

**Gráfico 5**  
**Etnia.**



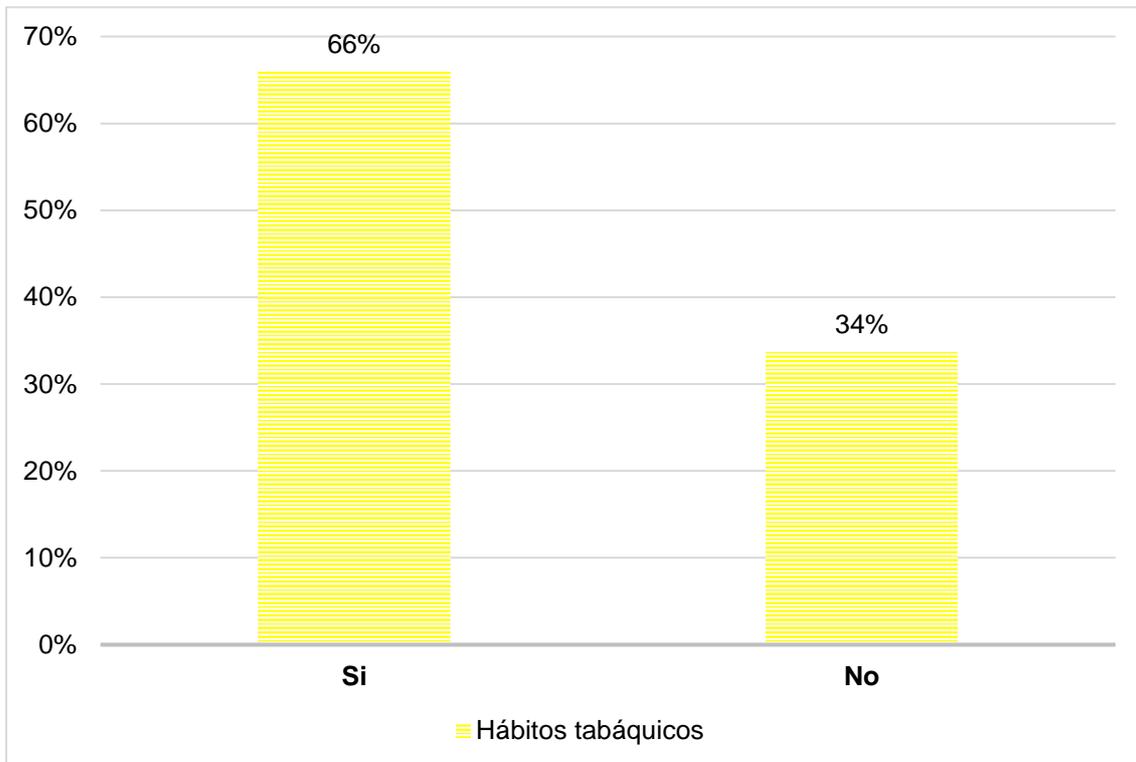
En relación a la etnia, la población mestiza (81%) ha sido la más afectada por cáncer colorectal, esto puede estar asociada a la multiculturalidad y diferentes costumbres que son propias de nuestro país. Sin embargo, es relevante que la etnia negra (13%) ha sido la menos afectada como la blanca, de acuerdo al tiempo de estudio realizado. Cabe señalar que las estadísticas mundiales reflejan que los afrodescendientes se incluyen en las tasas de mayor mortalidad por cáncer de próstata y estómago.

**Gráfico 6**  
**Factores de riesgo. Sexo.**



La tendencia de cáncer colorrectal determina que las mujeres son las más vulnerables a padecerlo, aunque no existe una gran diferencia en relación con los hombres. Los antecedentes en el cáncer colorrectal establecen que puede estar asociado al cáncer genital, por ello en las mujeres se ha presentado con mayor frecuencia. La Sociedad Americana de Cáncer (29) establece que la probabilidad de padecer cáncer es 1 en 25 (4.0%) en el sexo masculino mientras en para las mujeres 1 en 23 (4.3%) en mujeres, el riesgo es ligeramente mayor en el sexo femenino.

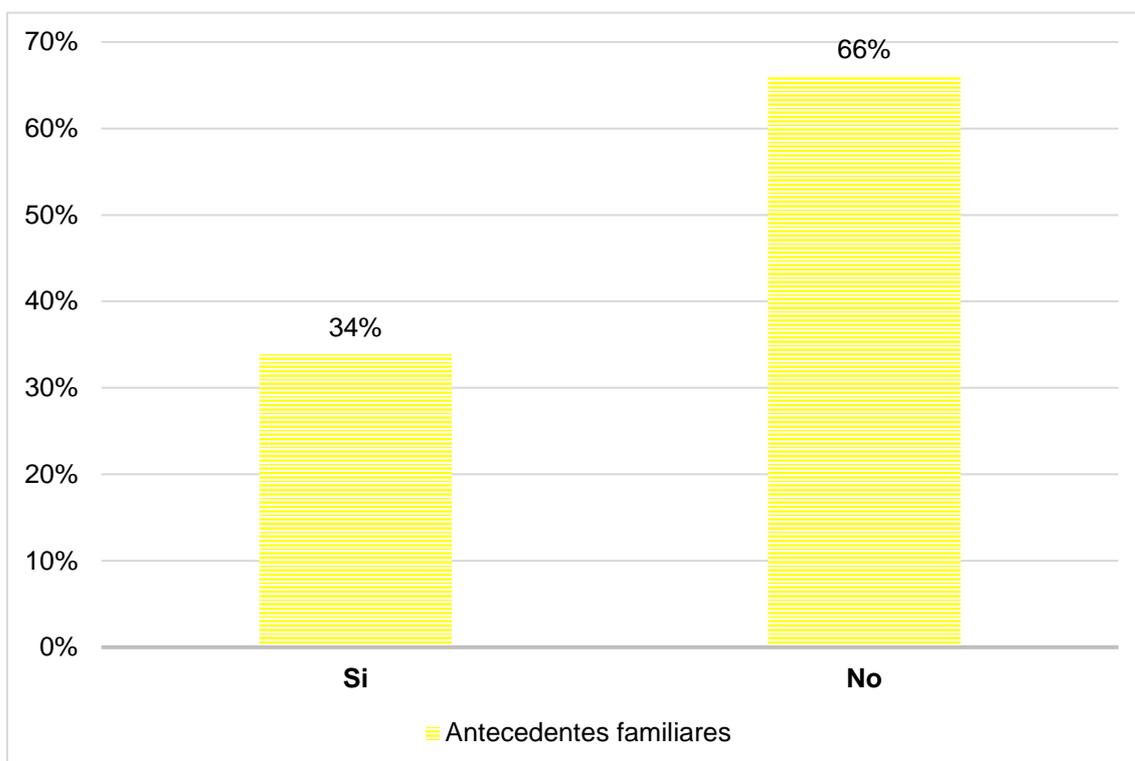
**Gráfico 7**  
**Factores de riesgo. Hábitos tabáquicos.**



de riesgo para padecer cáncer colorectal representado por el 66% de la población estudiada. La Sociedad Americana de cáncer indica que el consumo de tabaco es causante de cáncer de pulmón sin embargo también está asociada a otro tipo de cáncer como es el colorectal.

## Gráfico 8

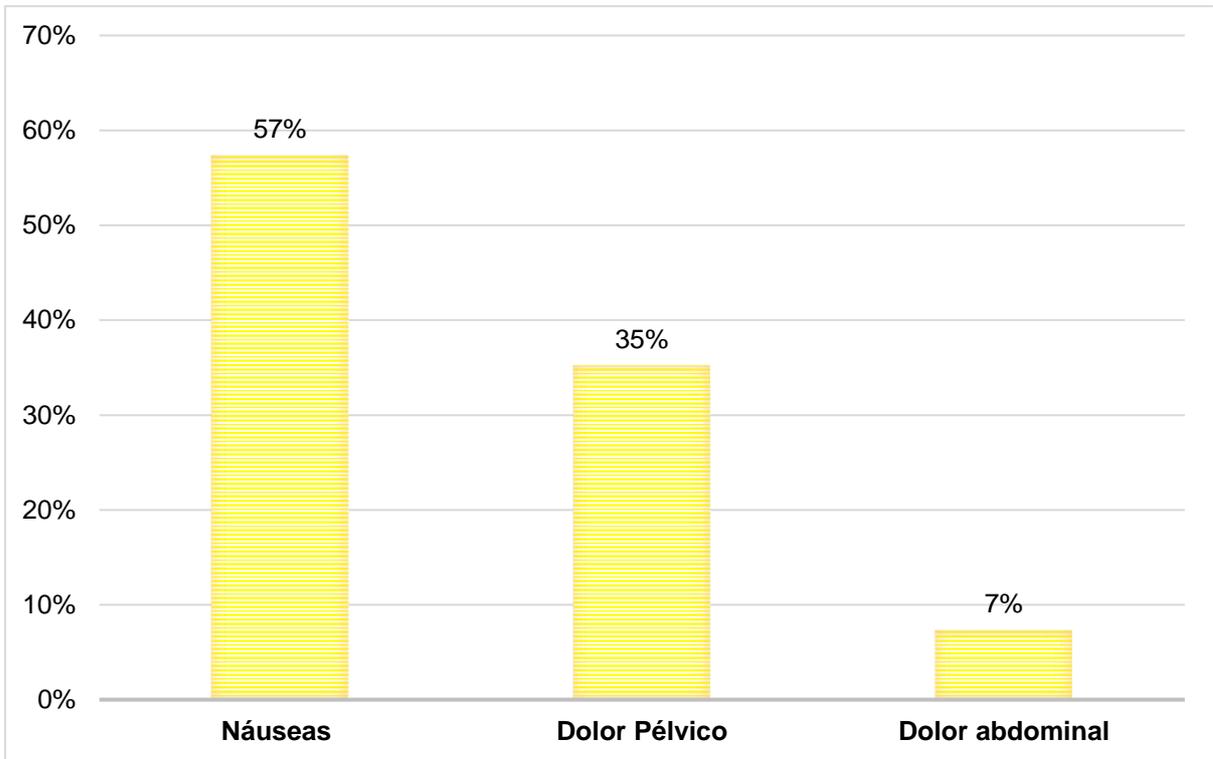
### Factores de riesgo. Antecedentes familiares.



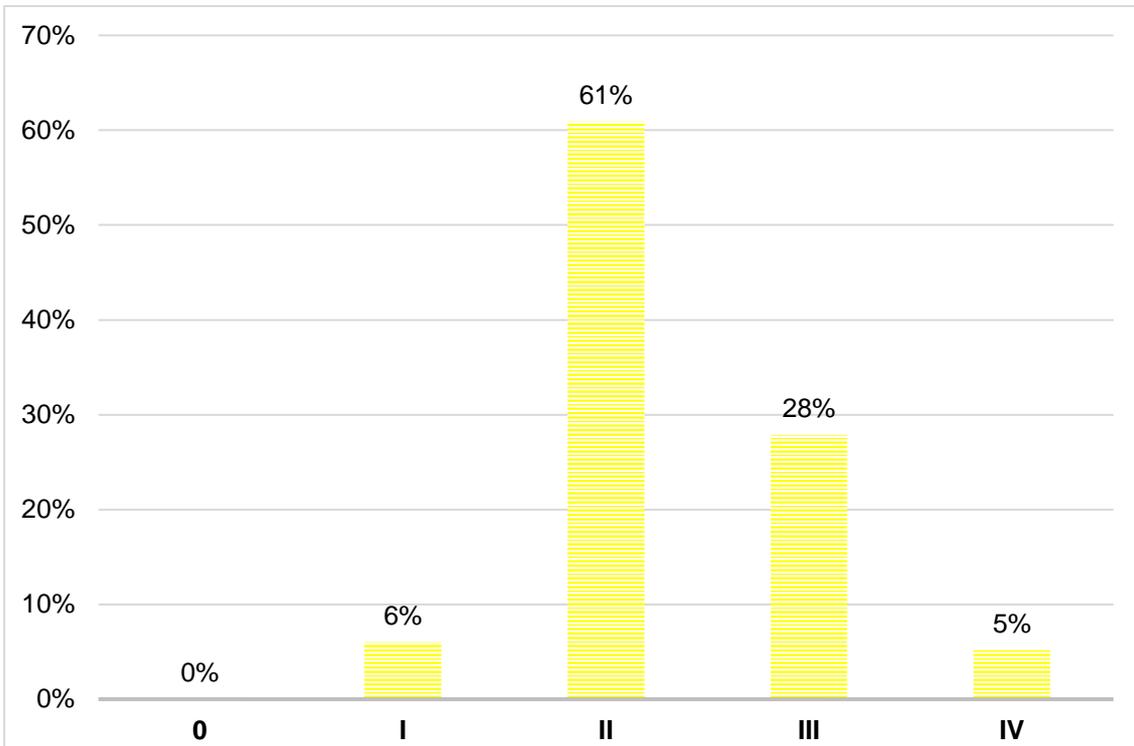
#### Análisis:

Los resultados obtenidos permiten afirmar que solo el 34% de los pacientes indican tener antecedentes familiares de cáncer, desconociendo el tipo de cáncer, puesto que no fue un dato objeto de estudio, según la Sociedad Americana de Cáncer (30) expone que la mayoría de personas diagnosticadas con esta enfermedad no tienen antecedentes familiares, no obstante, una de cada tres personas afirma poseer antecedentes familiares. La Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO) (31) indica que el cáncer colorrectal puede ser transmitido por familiares en el primer grado de consanguinidad, especialmente cuando el familiar ha sido diagnosticado antes de los 60 años. El 66% restante de población estudiada, puede tratarse de otros factores como la edad y el sexo, que también forman parte de los factores de riesgo.

**Gráfico 9**  
**Manifestaciones.**

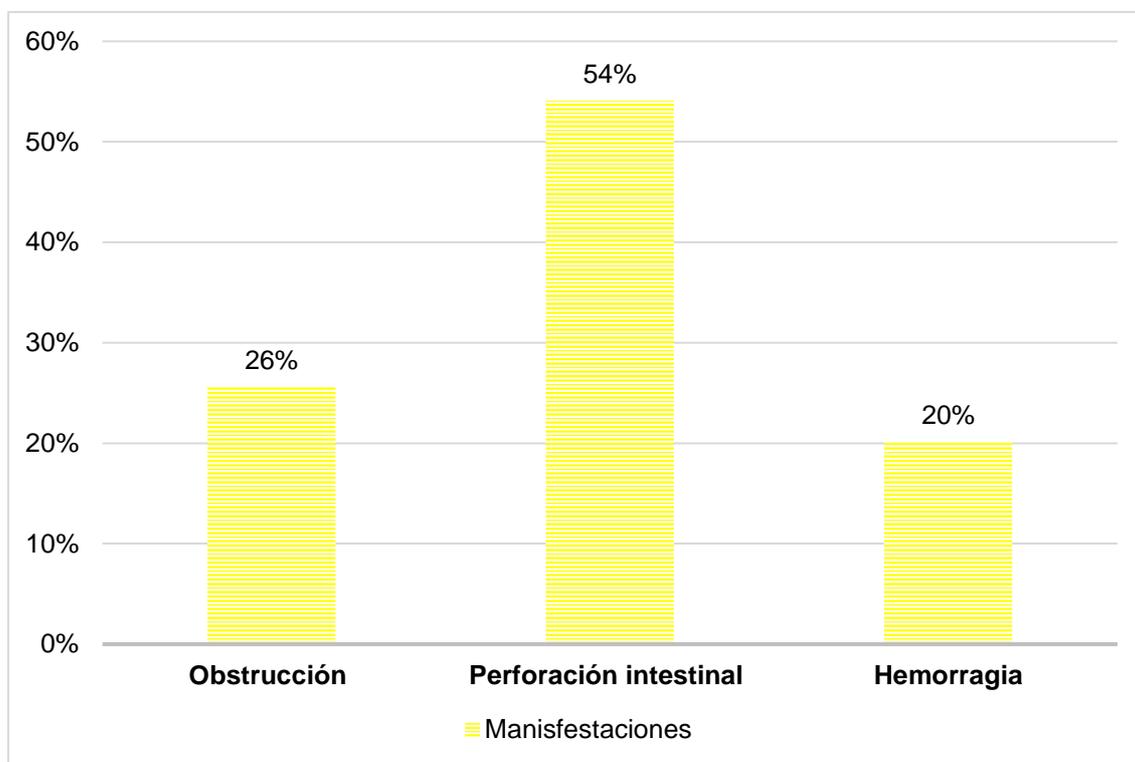


**Gráfico 10**  
**Etapas.**



alteraciones gástricas generales y no fueron evaluadas a tiempo, es una etapa totalmente tratable mediante quimioterapia con una recuperación entre el 70% a 80%, se asocia al estadio III por el incremento de manifestaciones ya diagnosticadas, en esta etapa y la invasión a ganglios linfáticos cercanos pero no a otros órganos, con un pronóstico delicado de una probable recuperación en un 40%. El estadio IV con un 5% se trata de pacientes en etapas terminales desencadenadas de una falta de diagnóstico en los primeros estadios.

**Gráfico 11**  
**Complicaciones**



La perforación intestinal representada por un 54% en la población estudiada, es una de las principales complicaciones por cáncer colorectal, son pacientes que deben recuperarse incluso con estomas quirúrgicos que, representan un cambio total de vida. El inicio de una obstrucción intestinal (26%) es más común en adultos mayores por la invasión y ubicación del tumor, de acuerdo a la revisión literaria comúnmente el intestino grueso se perfora en el lugar donde se ubica el tumor trascendiendo a una peritonitis (31).

## DISCUSIÓN

El estudio de Encarnación (11) realizado a 335 pacientes en el que se analizaron aspectos como la prevalencia, edad, raza y origen étnico, obtenido una prevalencia en los hombres de 287 y en mujeres 301 por cada mil habitantes, prevalencia de 299 en el rango de edad más común mayor o igual a 50 años y el 86,87% de los pacientes no refirieron antecedentes familiares de cáncer colorrectal. Estos hallazgos permiten conocer que este tipo de cáncer es uno de los más comunes en mujeres y en edad adulta que debe ser tomando en cuenta, debido a su prevalencia reflejada, para así reestructurar las estrategias que ayuden a disminuir la misma.

Con similar igualdad este trabajo de prevalencia del cáncer colorrectal se obtuvo que en el 218 la tasa de prevalencia fue 561 casos cada mil habitantes, presentándose predominantemente región costa y etnia mestiza.

Sobre los factores de riesgo en el estudio realizado por Hano y colaboradores (13) en donde se analizaron 92 casos y 184 controles en pacientes adultos diagnosticados en el Instituto de Gastroenterología en Cuba se obtuvo que los factores de riesgo de más sólida causalidad son: hábito de fumar, índice cintura-cadera, consumo de vegetales, inactividad física y antecedentes patológicos personales de pólipos y de otros tumores malignos.

En otro estudio realizado por Luna-Abanto y colaboradores se determinó que el cáncer colorrectal es tercer, en caso de los hombres, y segundo lugar en cáncer más común en mujeres, con un 85-90% de casos diagnosticados después de los 55 años y ha mostrado un aumento del 1.5% en hombre y del 1.06% en mujeres (12).

Al igual que la presente investigación, en lo concerniente a los factores de riesgo, se obtuvo que el sexo femenino es mayormente afectado, el 66% mantiene hábitos tabáquicos de los cuales el 66% indicó no poseer antecedentes familiares, hallazgos que concuerdan con Encarnación (11). Fue notorio que la edad con que más frecuencia se presenta el cáncer colorrectal es el intervalo de edad entre 64 – 74 años los mismos que presentaban factores de riesgos que si bien es cierto incrementan la posibilidad de padecer cáncer cuando se presentan uno o más de ellos no significa estrictamente que se padecerá de esta

enfermedad, es más es posible que personas que tiene cáncer no posean factores de riesgo conocidos.

Las manifestaciones frecuente es el estreñimiento seguido de calambres abdominales mientras que las manifestaciones comunes se obtuvo mayor porcentaje náuseas y dolor pélvico. Otro aspecto evidente es que la prevalencia del cáncer colorrectal es mayor en la etapa II y etapa III. La etapa clínica representa un aspecto determinante en la supervivencia de los pacientes, esto también puede encontrarse en otros estudios como el publicado por Robert Gryfe et. al (32) y Claudia Hurtado et. al (33) en los que la etapa II fue frecuente. Asimismo, las complicaciones más comunes son la perforación intestinal, la mayoría de los pacientes que padecen cáncer colorrectal son atendidos por obstrucción o perforación intestinal.

## CONCLUSIONES

La revisión de historias clínicas y bases de datos han permitido conocer que en el 218 se presentaron 150 casos de cáncer colorrectal que en relación con los otros años también analizados muestra una tasa de prevalencia 561 casos cada mil habitantes.

La población estudiada fueron 366 pacientes diagnosticados con cáncer colorrectal del Hospital de Especialidades Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Pontón" entre el período del año 2017 al año 2019.

En relación al sexo, las mujeres presentan con mayor frecuencia cáncer colorectal con respecto a los hombres, pertenecen a la región costa y sierra existiendo una gran preferencia entre estas dos, a diferencia de la región amazónica e insular. Los mestizos reflejan la tendencia a presentar la patología a diferencia de los blancos y negros.

La edad de la población estudiada que oscila entre 64 a 74 años representan uno de los mayores factores de riesgo en el cáncer colorectal, tratándose de adultos mayores, también se refleja la existencia de hábitos de vida como el tabaquismo y la nutrición, esta última identificada con el alto consumo de carnes rojas y otros alimentos que predisponen a la población a este tipo de patología.

En relación a las manifestaciones, las más frecuentes fueron las náuseas y el dolor pélvico, generalmente el dolor abdominal no se manifiesta en la mayoría de los pacientes.

Las etapas en el cáncer colorectal se identifican como II y III las más comunes durante el diagnóstico, considerando que la enfermedad es de avance lento y las manifestaciones pueden no ser valoradas oportunamente. Llama la atención que las etapas IV y V también están presentes, pero en un mínimo porcentaje.

Las complicaciones registradas durante la recolección de datos fueron la perforación intestinal y la obstrucción con mayor frecuencia y, la hemorragia en pocos casos.

## RECOMENDACIONES

Por el impacto de la enfermedad en la población de adultos y adultos mayores, es conveniente continuar realizando estudios de este tipo, con el propósito de seguir monitorizando el comportamiento epidemiológico.

En los diferentes niveles de atención en salud, es importante realizar promoción y prevención. Por lo tanto, los profesionales de la salud deben comprometerse con planes de acción a corto y mediano plazo en base a estudios relacionados con la patología. De ahí la importancia de seguir realizando este tipo de estudios.

Las acciones para poder contribuir a disminuir la prevalencia del cáncer colorrectal deben estar direccionadas a la población vulnerable como son los adultos que se encuentran en vida activa económica y laboral, de alguna forma los lugares de trabajo deben contribuir a mejorar la alimentación adecuada de los trabajadores.

Las instituciones de salud, deberían contar con alguna estrategia para contribuir a mejorar las condiciones generales de los adultos y adultos mayores, realizando algún tipo de convenio con diferentes lugares de trabajo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Redacción Médica. [Online].; 2017 [cited 2020 Agosto 25. Available from: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/la-oms-alerta-la-cobertura-de-cuidados-paliativos- apenas-alcanza-el-14--5857>.
2. Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer. World cancer report: cancer research for cancer prevention. World Cancer Reports. New York: Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer, IARC E-Bookshop; 2020. Report No.: ISBN-13.
3. American Cancer Society. American Cancer Society. [Online].; 2018 [cited 2020 agosto 25. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/acerca/que-es-cancer-de-colon-o-recto.html>.
4. Vanegas D, Ramírez L, Limas L, Pedraza A, Monroy Á. Factores asociados a cáncer colorrectal. Revista Médica de Risaralda. 2020 enero - junio; 26(1): p. 68-69.
5. Sociedad de lucha contra el cáncer del ecuador. mortalidad por cáncer de colon - recto en guayaquil. boletín epidemiológico N° 4. Guayaquil: Sociedad de lucha contra el cáncer del ecuador, instituto oncológico nacional "Dr. Juan Tanca Marengo"; 2019. Report No.: ISBN.
6. Oswaldo Zambrano. recimundo.com. [Online].; 2016. Available from: <https://doi.org/10.26820/recimundo/2.esp.2018.734-755>.
7. Hospital Guayaquil. library.com. [Online].; 2016. Available from: <https://1library.co/title/cancer-colorrectal-en-el-hospital-guayaquil-dr-abel-gilbert-ponton-en-el-2016>.
8. El Universo. eluniverso.com. [Online].; 2019. Available from: <https://www.eluniverso.com/noticias/2019/11/11/nota/7600241/cancer-colon-detectado-forma-precoz-tiene-cura/>.
9. Vinay k, Abul K, Jon C. Robbins Patología Humana. novena ed. Madrid: Elsevier; 2013.
10. Hugueta N, Angiera H, Rdesinskia R, Hoopes M, Marino M, Holderness H, et al. Cervical and colorectal cancer screening prevalence before and after Affordable Care Act Medicaid expansion. Prev Med. 2019;(1): p. 1-16.

11. Encarnación JMC. Tendencia de la prevalencia del cáncer colorrectal resecable. Hampiruna. 2014;: p. 14.
12. Luna-Abanto J,RHE,&GOF. Cáncer colorrectal en adultos jóvenes: características clínico epidemiológicas en la población peruana. Revista de Gastroenterología del Perú. 2017 abril - junio; 37(2): p. 37.
13. Hano García OM, Wood Rodríguez L, Galbán García E, Abreu Vázquez MdR. Factores de riesgo para el cáncer colorrectal. Revista Cubana de Medicina. 2011 abr.-jun.; 50(2): p. 50.
14. Rojas HS. Relación entre la dieta vegetariana y el cáncer colorrectal en Lima, Perú. Revista Chilena de salud Pública. 2017;: p. 8.
15. Márquez-Villalobo FO. Predictores clínicos de etapificación en cancer colorrectal. Medigraphic. 2008;: p. 5.
16. García JP. Cancer colorrectal en el adulto joven, una entidad diferente. Dialnet. 2019;: p. 12.
17. Mena DR. Un acercamiento al cáncer. revista medica de costa rica y centroamerica. 2015;: p. 6.
18. Arturo Arias, Brenda Lucía; García Restrepo, Natalia; Tatiana Uribe, Paula; Fredy Betancur, Jhon. Cancer colorrectal: una mirada clínica, genética y molecular. Redalyc. 2013;: p. 13.
19. Vanegas D, Ramírez L, Limas L, Pedraza A, Ángela Monroy. Factores asociados a cáncer colorrectal. [Online].; 2020 [cited 2021 Febrero 20. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v26n1/0122-0667-rmri-26-01-68.pdf>.
20. Stephen J, Gary D. Fisiopatología de la enfermedad. sexta ed.: Mc Graw Hill Lange; 2017.
21. Janice L, Kerry H. Enfermería Medicoquirúrgica. 14th ed.: Lippincott castellano ; 2019.
22. American Joint Committee on Cancer. cancer.org. [Online].; 2019 [cited 2018. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/clasificacion-de-la-etapa.html>.

23. MedlinePlus. MedlinePlus. [Online].; 2020 [cited 2021 Marzo 2. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000262.htm>.
24. Delgado C. Clínica Delgado. [Online].; 2020 [cited 2021 Febrero 20. Available from: <https://clinicadelgado.pe/wp-content/uploads/2020/02/CancerColon.pdf>.
25. CLINIC M. MAYO CLINIC. [Online].; 2020 [cited 2021 Febrero 6. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/colon-cancer/symptoms-causes/syc-20353669>.
26. Cueva FC. Constitucion del Ecuador. [Online].; 2015. Available from: <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec030es.pdf>.
27. Finder L. Ley Organica de Salud. [Online].; 2015. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>.
28. SOLCA SdLceCdE. Sociedad de Lucha contra el Cáncer del Ecuador - SOLCA. [Online].; 2019 [cited 2021 Enero 21. Available from: <http://www.estadisticas.med.ec/webpages/reportes/Grafico2-1.jsp>.
29. American Cancer Society. American Cancer Society. [Online].; 2021. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/acerca/estadisticas-clave.html>.
30. American Cancer Society. American Cancer Society. [Online].; 2020 [cited 2021 Marzo 1. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/causas-riesgos-prevencion/factores-de-riesgo.html>.
31. (ASCO) ASoCO. Cancer.net. [Online].; 2019 [cited 2021 Enero 21. Available from: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-colorrectal/factores-de-riesgo-y-prevencion>.
32. Robert Gryfe HKETHMDAEJHSBBMRSG. New England Journal of Medicine. [Online].; 2000 [cited 2021 Marzo 1. Available from: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200001133420201>.
33. Hurtado C WAMZAJKUCMYK. Revista médica de Chile. [Online].; 2015 [cited 2021 Marzo 1. Available fr

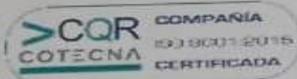
# **ANEXOS**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL



**CARRERAS:**  
Medicina  
Odontología  
Enfermería  
Nutrición, Dietética y Estética  
Terapia Física



Certificado No EC SG 2018002043

Tel.: 3804600  
Ext. 1801-1802  
www.ucs.edu.ec  
Apartado 09-01-4671  
Guayaquil-Ecuador

Guayaquil, 16 de Octubre del 2020

**Señor**  
**Jairo Alcívar Chávez**  
**Ana Vélez León**  
**Estudiante de la Carrera de**  
**Enfermería Universidad Católica de**  
**Santiago de Guayaquil En su**  
**despacho.-**

De mis consideraciones:

Reciban un cordial saludo de parte de la Dirección de la Carrera de Enfermería a la vez comunico a ustedes que el tema presentado: "Prevalencia de cáncer colorectal en pacientes atendidos en la consulta externa en un hospital general de la ciudad de Guayaquil", ha sido aprobado por la Comisión Académica de la Carrera. La tutora asignada es la Lic. Rosa Calderón Molina.

Atentamente,

**Lcda. Ángela**  
**Mendoza**  
**DIRECTORA**  
**CARRERA DE ENFERMERIA**

Cc: Archivo

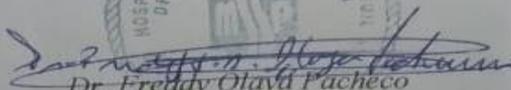
Memorando N° HAGP-2021-UDI-026-M  
Guayaquil, febrero 08 del 2021

Psicólogo  
Richarth Armijos Patiño  
**COORDINADOR DE ADMISIONES**  
Presente

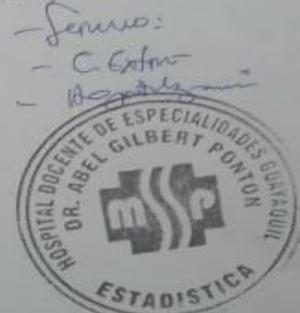
De mis consideraciones;

A través de la presente solicito a usted, muy comedidamente se sirva brindar las facilidades a los estudiantes JAIRO ALCIVAR CHAVEZ Y ANA VELEZ LEON, quienes se encuentran realizando su tema de tesis "PREVALENCIA DE CANCER COLORECTAL EN PACIENTES ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA" para la cual deberá recabar información en el Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón" durante el período comprendido desde enero del 2015 hasta diciembre del 2019. CIE-10: (C18).

Agradeciéndole por la atención brindada.

  
  
Dr. Freddy Olaya Pacheco

Coordinador de Docencia e Investigación  
Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón



Recibido: Norma Durazo  
08/02/2021  
15:31

Correo: [jairoalcivar25@hotmail.com](mailto:jairoalcivar25@hotmail.com)  
[anitavelez14@gmail.com](mailto:anitavelez14@gmail.com)

Calle 29va y Galápagos.  
Tel: 593 (04) 2597400, ext.: 3437, 3450, 4162

 EL GOBIERNO DE TODOS



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE  
SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE ENFERMERÍA**

**TEMA:** Prevalencia de cáncer colorrectal en pacientes atendidos en la consulta externa en un hospital general de la ciudad de Guayaquil.

**Objetivo:** Recopilar información y datos de las historias clínicas y/o base estadística de pacientes adultos jóvenes, adultos maduros y adultos mayores diagnosticados con cáncer colorrectal.

**Instrucciones para el observador:** Marque con un X los casilleros en blanco de la información requerida.

**MATRIZ DE OBSERVACIÓN INDIRECTA.**

**Formulario No.** \_\_\_\_\_

**1. CARACTERÍSTICAS**

**1.1. Edad:**

20-30	<input type="checkbox"/>
31-41	<input type="checkbox"/>
42-52	<input type="checkbox"/>
53-63	<input type="checkbox"/>
64-74	<input type="checkbox"/>
75-85	<input type="checkbox"/>
años y más	<input type="checkbox"/>

**1.2. Lugar de procedencia:**

Costa	<input type="checkbox"/>
Sierra	<input type="checkbox"/>
Oriente	<input type="checkbox"/>
Región insular	<input type="checkbox"/>

**1.3. Etnia:**

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Blanco   
Negro  
Mestizo

## 2. FACTORES DE RIESGO

### 2.1. Sexo:

Hombre   
Mujer

### 2.2. Hábitos tabáquicos:

Si   
No

### 2.3. Antecedentes familiares:

Si   
No

## 3. MANIFESTACIONES

### 3.1. Nauseas

Si   
No

### 3.2. Dolor pélvico

Si   
No

### 3.3. Dolor abdominal

Si   
No

## 4. ETAPAS

I   
II   
III   
IV

## 5. COMPLICACIONES

### 5.1. Obstrucción:

Si   
No

**5.2. Perforación intestinal:**

Si  
No


**5.3. Hemorragia:**

Si

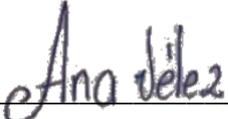

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Vélez León Ana Rosario**, con C.C: # **0942115361** autor del trabajo de titulación: **Prevalencia de cáncer colorrectal en pacientes atendidos en la consulta externa en un hospital general de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 30 de abril del 2021.

f.  \_\_\_\_\_

**Vélez León Ana Rosario**

**C.C: 0942115361**

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

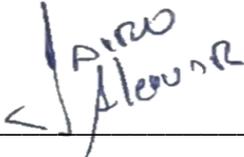
Yo **Alcívar Chávez Jairo Bienvenido** con C.C: # **1309866539** autor del trabajo de titulación: **Prevalencia de cáncer colorrectal en pacientes atendidos en la consulta externa en un hospital general de la ciudad de Guayaquil**, previo a la obtención del título de **LICENCIADO EN ENFERMERÍA** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

**Guayaquil, a los 30 del mes de abril del año 2021**

f. \_\_\_\_\_

  
**Alcívar Chávez Jairo Bienvenido**

**C.C: 1309866539**

## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Prevalencia de cáncer colorrectal en pacientes atendidos en la consulta externa en un hospital general de la ciudad de Guayaquil.		
<b>AUTOR(ES)</b>	Vélez León Ana Rosario Alcívar Chávez Jairo Bienvenido		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Lic. Calderón Molina Rosa Elizabeth Mgs.		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Ciencias médicas		
<b>CARRERA:</b>	Enfermería		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Licenciatura en enfermería		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	30 de abril del 2021	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	46
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Enfermedades Crónicas y degenerativas		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Prevalencia – cáncer - colorrectal		
<b>RESUMEN/ABSTRACT:</b>	<p>El cáncer colorrectal es el que se origina en el colon o recto, a menudo se agrupan porque tienen características comunes, es uno de los más comunes en el Ecuador, ubicado en el cuarto lugar para la mujer y el quinto para el hombre. Estudio sobre prevalencia de cáncer colorrectal. Objetivo: determinar la prevalencia de cáncer colorrectal. Diseño: enfoque cuantitativo, tipo descriptivo, transversal, retrospectivo. Técnica: Observación indirecta. Resultados: Población: 366 pacientes diagnosticados con cáncer colorrectal del 2017-2019. Características: Edad: 64-74 años, 26%; 53-63 años, 23%; 75-85 años, 15%; 42-52 años, 14%; 31-41 años, 10%; 20-30 años, 6%; 85 años y más, 6%. Lugar de nacimiento: 78% región costa; 19% región sierra; 3% región amazónica y 0% región insular. Etnia: 81%, mestizos; 13%, negros; 6% blancos. Factores de riesgo: si, 66%; no, 34%. Antecedentes familiares: 34% si y 66% no. Signos y síntomas: 31% estreñimiento, 16% calambres abdominales, 10% cambio de consistencia en heces, 9% debilidad, 8% sangrando rectal, 9% dolor, 8% pérdida de peso, 7% gases, 4% fatiga. Manifestaciones 57% náuseas, 35% dolor pélvico y 7% dolor abdominal. Etapas: II, 61%; 28%, III; I-6%; IV-5% y 0, 0%. Complicaciones: perforación intestinal, 54%; obstrucción intestinal, 26% y hemorragia, 20%.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> 0969804260 0960509101	<b>E-mail:</b> <a href="mailto:Anitavelez14@gmail.com">Anitavelez14@gmail.com</a> <a href="mailto:Jairoalcivar25@hotmail.com">Jairoalcivar25@hotmail.com</a>	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre: Lcda. Holguín Jiménez Martha Lorena, Mgs</b>		
	<b>Teléfono: +593-4- 0993142597</b>		
	<b>E-mail: martha.holguin01@cu.ucsg.edu.ec</b>		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			